



Наложение Швов При Гнойных Процессах На Ткани

1. Ачилов Шохрух Шавкиддин
угли

Received 2nd Oct 2023,
Accepted 19th Oct 2023,
Online 11th Nov 2023

АННОТАЦИЯ: Наложение швов при гнойных процессах на ткани требует особого подхода для обеспечения правильного заживления раны и предотвращения инфекции. В таких ситуациях врачи обычно следуют определенным протоколам и рекомендациям, которые могут варьироваться в зависимости от конкретного случая. Вот некоторые общие принципы и рекомендации при наложении швов при гнойных процессах на ткани.

¹ Бухарский Азиатский
Международный Университет

Ключевые слова: Первичные швы, вторичные швы, предварительная обработка раны, иммобилизация и защита раны, антибиотикотерапия.

1. Предварительная обработка раны: Перед наложением швов важно провести грунтовую подготовку раны. Это может включать очищение раны от гноя, дренирование патологического содержимого и удаление некротической ткани. Использование антисептических растворов или мягких антибактериальных мазей может также помочь в уменьшении количества микроорганизмов в ране.
2. Выбор материала для швов: При гнойных процессах на ткани особенно важно выбрать правильный материал для швов. Биodeградируемые или абсорбирующие материалы могут быть предпочтительными в таких случаях, так как они позволяют естественному выводу гноя из раны и поддерживают естественные механизмы заживления. Врач может решить, какой материал и размер шва наиболее подходит для конкретной раны.
3. Иммобилизация и защита раны: Для успешного заживления раны и предотвращения повреждений швов важна правильная иммобилизация и защита раневой поверхности. Использование медицинского повязочного материала, гипса или специального бинта может помочь обеспечить защиту и поддержку раны.
4. Антибиотикотерапия: Врач может рекомендовать применение системной или местной антибиотикотерапии при гнойных процессах на ткани. Антибиотики могут помочь в борьбе с инфекцией и предотвратить ее распространение вокруг раны.

Важно отметить, что подход к наложению швов при гнойных процессах на ткани может варьироваться в зависимости от особенностей каждого конкретного случая. Решение о методах обработки, наложении швов и использовании антибиотиков должно приниматься опытным врачом, исходя из симптомов и состояния пациента.

Если у вас возникли проблемы после наложения швов или вам необходимо проконсультироваться по данному вопросу, рекомендуется незамедлительно обратиться к своему врачу или специалисту по ранам для получения подробной консультации и медицинского совета.

Виды швов

Длительное существование раневого дефекта не способствует скорейшему функционально выгодному заживлению. Особенно это сказывается при обширных повреждениях, когда имеют место значительные потери через раневую поверхность жидкости, белков, электролитов и велик риск нагноения. Кроме того, выполнение раны грануляциями и закрытие её эпителием происходят довольно длительно. Поэтому следует стремиться как можно раньше свести края раны при помощи различных видов швов.

Преимущества наложения швов:

- ускорение заживления;
- снижение потерь через раневую поверхность;
- снижение вероятности повторного нагноения раны;
- повышение функционального и косметического эффектов;
- облегчение обработки раны. Выделяют первичные и вторичные швы.

Первичные швы

Первичные швы накладывают на рану до начала развития грануляций, при этом рана заживает первичным натяжением.

Наиболее часто первичные швы накладывают сразу после завершения операции или ПХО раны при отсутствии риска развития гнойных осложнений. Первичные швы нецелесообразно применять при поздней ПХО, ПХО в военное время, ПХО огнестрельной раны.

Снятие швов осуществляют после образования плотной соединительнотканной спайки и эпителизации в определённые сроки.

Первично-отсроченные швы также накладывают на рану до развития грануляционной ткани (рана заживает первичным натяжением). Их применяют в тех случаях, когда имеется определённый риск развития инфекции. Техника: рану после операции (ПХО) не зашивают, контролируют воспалительный процесс и при его стихании на 1-5-е сут накладывают первично-отсроченные швы.

Разновидностью первично-отсроченных швов являются провизорные: по окончании операции накладывают швы, но нити не завязывают, края раны не сводят. Нити завязывают на 1-5-е сут при стихании воспалительного процесса. Отличие от обычных первично-отсроченных швов в том, что здесь нет необходимости повторного обезболивания и прошивания краёв раны.

Вторичные швы

Вторичные швы накладывают на гранулирующие раны, заживающие вторичным натяжением. Смысл применения вторичных швов - уменьшение (или устранение) раневой полости. Снижение объёма раневого дефекта ведёт к уменьшению количества грануляций, необходимых для его заполнения. В результате сокращаются сроки заживления, а содержание соединительной ткани в зажившей ране, по сравнению с ранами, которые вели открытым способом, гораздо меньше. Это выгодно отражается на внешнем виде и функциональных особенностях рубца, его размерах, прочности и эластичности. Сближение краёв раны уменьшает потенциальные входные ворота для инфекции.

Показанием к наложению вторичных швов является гранулирующая рана после ликвидации воспалительного процесса, без гнойных затёков и гнойного отделяемого, без участков некротизированных тканей. Для

объективизации стихания воспаления можно использовать посев раневого отделяемого - при отсутствии роста патологической микрофлоры можно накладывать вторичные швы.

Выделяют ранние вторичные швы (наложение их производят на 6-21-е сут) и поздние вторичные швы (наложение производят после 21-х сут). Принципиальное различие между ними в том, что к 3-й нед после операции в краях раны образуется рубцовая ткань, препятствующая как сближению краев, так и процессу их срастания. Поэтому при наложении ранних вторичных швов (до рубцевания краёв) достаточно просто прошить края раны и свести их, завязывая нити. При наложении поздних вторичных швов необходимо в асептических условиях иссечь рубцовые края раны («освежить края»), а уже после этого наложить швы и завязать нити.

Для ускорения заживления гранулирующей раны, кроме наложения швов, можно использовать стягивание краёв раны полосками лейкопластыря. Метод не настолько полно и надёжно ликвидирует раневую полость, но зато его можно использовать ещё до абсолютно полного стихания воспаления. Стягивание краёв раны лейкопластырем широко применяют для ускорения заживления гнойных ран.

Первая медицинская помощь при ранах, закрытых и открытых переломах конечностей, таза, позвоночника.

При оказании первой помощи пострадавшему следует:

- устранить ранние угрожающие жизни осложнения раны;
- предотвратить дальнейшее инфицирование раны.

Интенсивность кровотечения зависит от типа повреждённого сосуда и его калибра. Массивную кровопотерю вызывает ранение магистральных артерий и вен, что может привести к развитию геморрагического шока с тяжелейшими расстройствами общей гемодинамики. Поэтому при обильном кровотечении первой задачей является остановка его путём наложения жгута (при ранении артерии) или пережатия вен дистальнее повреждения на время обработки раны с последующим наложением давящей повязки или другими временными способами остановки кровотечения (см. главу 5).

При угрозе развития травматического шока на догоспитальном этапе применяют введение анальгетиков (включая наркотические) и противошоковых препаратов.

В случаях проникающих ранений грудной клетки и возникновении пневмоторакса необходимо наложение окклюзионной повязки с использованием специальной стерильной прорезиненной ткани. Таким образом герметизируется плевральная полость, пневмоторакс не нарастает за время транспортировки. При возникновении большой проникающей раны передней брюшной стенки иногда происходит выпадение в рану внутренних органов. Для предотвращения дальнейшего выпадения и инфицирования следует наложить широкую асептическую повязку.

Закрытые переломы: первая помощь

Прежде всего, необходимо зафиксировать поврежденную конечность. От качества фиксации зависят болевые ощущения пострадавшего. Шину не следует очень сильно прижимать к месту повреждения кости. Это может нарушить активное кровообращение. Если же поблизости нет никаких средств, которые могут заменить шину, то поврежденную руку подвешивают на косынку, а ногу прибинтовывают к здоровой ноге. Затем место повреждения охлаждают.

Лучший вариант — прикладывание льда, но если такового под рукой нет, то это может быть холодная вода. Охлаждение снимет отек в месте перелома и немного уменьшит болевой синдром.

Переломы коленных суставов, пожалуй, самые болезненные. Они сопровождаются сильной деформацией и отечностью. Никогда не пытайтесь что-то вправлять и трогать при переломе колена. Пострадавшего просто нужно уложить в наиболее удобное положение и зафиксировать колено до приезда „скорой помощи”.

Перелом позвоночника.

Данное повреждение обычно возникает при падении с высоты, заваливании тяжестями, прямом и сильном ударе в спину (автотравма); перелом шейного отдела позвоночника часто наблюдается при ударе о дно при нырянии. Перелом позвоночника — чрезвычайно тяжелая травма. Признаком ее является сильнейшая боль в спине при малейшем движении.

При переломе позвоночника возможна травма спинного мозга (разрыв, сдавление), что проявляется развитием паралича конечностей (отсутствие в них движений, чувствительности).

При переломах позвоночника даже небольшие смещения позвонков могут вызвать разрыв спинного мозга, по-этому категорически запрещается пострадавшего с подозрением на перелом позвоночника сажать, ставить на ноги. Пострадавшему прежде всего необходимо создать покой, уложив его на ровную твердую поверхность — деревянный щит, доски. Эти же предметы используют для транспортной иммобилизации. При отсутствии доски и бессознательном состоянии пострадавшего транспортировка наименее опасна на носилках в положении лежа на животе с подложенными под плечи и голову подушками. В случае перелома шейного отдела позвоночника транспортировку осуществляют на спине с иммобилизацией головы, как при повреждениях черепа. Транспортировать пострадавших с травмами позвоночника следует особо осторожно. Перекладывание, погрузку и транспортировку должны производить одновременно 3—4 человека, удерживая все время на одном уровне туловище пострадавшего, не допуская малейшего сгибания позвоночника; перекладывать пострадавшего лучше вместе с доской или щитом, на котором он лежит.

Перелом костей таза.

Перелом костей таза — одна из наиболее тяжелых костных травм, часто сопровождается повреждением внутренних органов и тяжелым шоком. Возникает при падениях с высоты, сдавлениях, прямых сильных ударах. Признаком травмы является резчайшая боль в области таза при малейшем движении конечностями и изменении положения пострадавшего.

При переломах костей таза иммобилизацию при помощи шин произвести невозможно, поэтому первой помощью является придание пострадавшему положения, при котором реже возникают или усиливаются боли и менее всего возможны повреждения внутренних органов костными отломками. Больного следует уложить на ровную твердую поверхность, ноги согнуть в коленных и тазобедренных суставах, бедра несколько развести в стороны (положение лягушки), под колени подложить тугой валик из подушки, одеяла, пальто, сена и т. д. высотой 25—30 см.

Очень важно проведение всех противошоковых мероприятий. Транспортируют пострадавшего на носилках или твердом щите на спине, придав ему описанное выше положение (Для предупреждения соскальзывания бедер с валика их фиксируют чем-нибудь мягким (полотенце, бинт и др.).

Первичная хирургическая обработка раны. Виды швов.**Виды швов см в.2**

Первичная хирургическая обработка раны - первая хирургическая операция, выполняемая пациенту с раной с соблюдением правил асептики, при обезболивании и заключающаяся в последовательном выполнении следующих этапов:

- рассечение раны;
- ревизия раневого канала;
- иссечение краёв, стенок и дна раны;
- гемостаз;
- восстановление целостности повреждённых органов и структур;
- наложение швов на рану с оставлением дренажей (по показаниям).

Таким образом, благодаря ПХО случайная инфицированная рана становится резаной и асептической, что создаёт возможность её быстрого заживления первичным натяжением.

Рассечение раны необходимо для полной (под визуальным контролем) ревизии зоны распространения раневого канала и характера повреждения.

Иссечение краёв, стенок и дна раны производят для удаления некротизированных тканей, инородных тел, а также всей раневой поверхности, инфицированной при ранении. После выполнения этого этапа рана становится резаной и стерильной. Дальнейшие манипуляции следует проводить только после смены инструментов и обработки или смены перчаток.

Обычно рекомендуют иссекать края, стенки и дно раны единым блоком примерно на 0,5-2,0 см (рис. 4-3). При этом необходимо учитывать локализацию раны, её глубину и вид повреждённых тканей. При загрязнённых, разможжённых ранах, ранах на нижних конечностях иссечение должно быть достаточно широким. При ранах на лице удаляют лишь некротизированные ткани, а при резаной ране иссечение краёв и вовсе не производят. Нельзя иссекать жизнеспособные стенки и дно раны, если они представлены тканями внутренних органов (мозг, сердце, кишечник и др.).

После иссечения осуществляется тщательный гемостаз для профилактики образования гематомы и возможных инфекционных осложнений.

Восстановительный этап (шов нервов, сухожилий, сосудов, соединение костей и др.) желательно выполнять сразу при ПХО, если это позволяет квалификация хирурга. Если нет, можно в последующем выполнить повторную операцию с отсроченным швом сухожилия или нерва, произвести отсроченный остеосинтез. Восстановительные мероприятия в полном объёме не следует выполнять при ПХО в военное время.

Ушивание раны - завершающий этап ПХО. Возможны следующие варианты завершения этой операции.

1. Послойное зашивание раны наглухо производят при небольших ранах с малой зоной повреждения (резаные, колотые и пр.), малозагрязнённых ранах, локализации ран на лице, шее, туловище или верхних конечностях при малом сроке с момента повреждения.
2. Зашивание раны с оставлением дренажа (дренажей) выполняют в тех случаях, когда либо есть риск развития инфекции, но он очень невелик, либо рана локализуется на стопе или голени, либо велика зона повреждения, либо ПХО выполняется через 6-12 ч от момента

повреждения, либо у больного есть сопутствующая патология, неблагоприятно влияющая на раневой процесс, и т.д., т.е. при риске развития инфекции.

3. Рану не зашивают при высоком риске инфекционных осложнений:

- поздняя ПХО;
- обильное загрязнение раны землёй;
- массивное повреждение тканей (размозжённая, ушибленная рана);
- сопутствующие заболевания (анемия, иммунодефицит, сахарный диабет)
- локализация на стопе или голени;
- пожилой возраст пациента.

Не следует зашивать огнестрельные раны, а также любые раны при оказании помощи в военное время.

Зашивание раны наглухо при неблагоприятных факторах является совершенно неоправданным риском и явной тактической ошибкой хирурга!

Основные виды

Чем раньше от момента повреждения выполнена ПХО раны, тем ниже риск инфекционных осложнений.

В зависимости от давности раны применяют три вида ПХО: раннюю, отсроченную и позднюю.

- Раннюю ПХО производят в срок до 24 ч с момента нанесения раны, она включает все основные этапы, её обычно заканчивают наложением первичных швов. При обширном повреждении подкожной клетчатки, невозможности полностью остановить капиллярное кровотечение в ране оставляют дренаж на 1-2 сут. В дальнейшем проводят лечение как при «чистой» послеоперационной ране.
- Отсроченную ПХО выполняют с 24 до 48 ч после нанесения раны. В этот период развиваются явления воспаления, появляются отёк, экссудат. Отличием от ранней ПХО являются осуществление операции на фоне введения антибиотиков и завершение вмешательства оставлением раны открытой (незашитой) с последующим наложением первично-отсроченных швов.
- Позднюю ПХО производят позже 48 ч, когда воспаление близко к максимальному и начинается развитие инфекционного процесса. Даже после ПХО вероятность нагноения остаётся большой. В этой ситуации необходимо оставить рану открытой (не зашивать) и провести курс антибиотикотерапии. Возможно наложение ранних вторичных швов на 7- 20-е сут, когда рана полностью покроется грануляциями и приобретёт относительную резистентность к развитию инфекции.

Показания

Показанием к выполнению ПХО раны служит наличие любой глубокой случайной раны в сроки до 48-72 ч с момента нанесения. ПХО не подлежат следующие виды ран:

- поверхностные раны, царапины и ссадины;
- небольшие раны с расхождением краёв менее 1 см;
- множественные мелкие раны без повреждения глубже расположенных тканей (например, дробовое ранение);

- колотые раны без повреждения внутренних органов, сосудов и нервов;
- в некоторых случаях сквозные пулевые ранения мягких тканей.

Противопоказания

Существует всего два противопоказания к выполнению ПХО раны.

- Признаки развития в ране гнойного процесса.
- Критическое состояние пациента (терминальное состояние, шок III степени).

Кожная пластика

Кожная пластика - наиболее распространённый вид тканевой пластики. Чаще используют аутопластику кожи, её свободный или несвободный вариант.

Список использованной литературы:

1. Оптимизация заживления послеоперационных ран кожи 2005 / Буланкина И. А., Лебединский В. Ю., Арсентьева Н. И., Дыдыкин А. В., Алешкин И. Г.
2. Сорбенты природного происхождения в лечении гнойных ран 2005 / Богомолова Н. Н., Богомолов Н. И., Крюкова В. В., Паничев А. М., Белинов Н. В., Хатькова А. Н., Силкин С. Н.
3. Оптимизация наложения кожных швов 2010 / Буланкина Ирина Анатольевна, Лебединский Владислав Юрьевич, Дыдыкин Артем Витальевич, Дыдыкин Виталий Федорович, Арсентьева Наталия Ивановна
4. Сравнительный анализ эффективности перевязочных средств в лечении гнойных ран лица и шеи 2013 / Субханова Гулнора Сатторовна
5. Дифференцированное применение однорядного шва в абдоминальной хирургии для профилактики хирургической инфекции 2013 / Самарцев В. А., Гаврилов В. А., Кучумов А. Г.
6. Патогенетическое обоснование принципов наложения кожных швов 2005 / Буланкина И. А., Арсентьева Н. И., Лебединский В. Ю., Малышев В. В., Изатулин В. Г.